

Toestemmingsformulier voor het inzien of geven van een kopie van uw dossier na uw overlijden

Met dit formulier kunt u aan iemand toestemming geven om na uw overlijden, uw medisch dossier in te zien of een kopie op te vragen.

Zo geeft u toestemming:

1. Vul dit formulier helemaal in.
2. Stuur dit formulier samen met kopie of foto van uw identificatiebewijs naar ons op:
 - per e-mail: WID@amphia.nl
 - per post: Amphia, Afdeling Patiëntenregistratie, Postbus 90158, 4800 RK BREDA.

Ondergetekende:

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening

geeft toestemming aan de hieronder genoemde persoon/personen om zijn/haar dossier in te zien of een kopie op te vragen:

1.

Achternaam (zoals vermeld op paspoort of ander identiteitsbewijs):

Voorletters:

Geboortedatum:

Laatste 4 cijfers BSN:

2.

Achternaam (zoals vermeld op paspoort of ander identiteitsbewijs):

Voorletters:

Geboortedatum:

Laatste 4 cijfers BSN: